

ŽÁDANKA O SCREENING VROZENÝCH VÝVOJOVÝCH VAD
(ve II. trimestru těhotenství)

Pro účely screeningu bude provedeno stanovení **HCG, AFP a UE3**. Vyhodnocení těchto biochemických markerů bude provedeno pomocí expertního systému **PRENATA** (Johnson& Johnson Clinical Diagnostics).

PACIENT:	LÉKAŘ: identifikace, zdrav. zařízení, oddělení, IČP, IČZ, odbornost, kontakt - není-li uvedeno na razítku
Rodné číslo:/..... (u cizinců č. pojistky, datum narození)	Razítko a podpis:
Příjmení, jméno:	
Pohlaví: MUŽ / ŽENA Urgentnost:	
Kód pojišťovny: Diagnóza:	Datum a čas odběru : (odebral):
Umístění pacienta:	

Druh primárního vzorku: srážlivá krev
Odběr ze žíly

Další údaje potřebné k vyhodnocení screeningu:

Datum narození		IDDM	ano	ne	nevím
Poslední menstruace		Počet předchozích gravidit			
Týden těhotenství		Počet porodů			
Gestační stáří - US		Předchozí AMC/CVS			
Váha		Počet plodů			
Rasa *		Kouření	ano	ne	občas

* vyplňte pouze v případě jiné rasy než bílé

POZNÁMKA:**ŽÁDANKA O SCREENING VROZENÝCH VÝVOJOVÝCH VAD**
(ve II. trimestru těhotenství)

Pro účely screeningu bude provedeno stanovení **HCG, AFP a UE3**. Vyhodnocení těchto biochemických markerů bude provedeno pomocí expertního systému **PRENATA** (Johnson& Johnson Clinical Diagnostics).

PACIENT:	LÉKAŘ: identifikace, zdrav. zařízení, oddělení, IČP, IČZ, odbornost, kontakt - není-li uvedeno na razítku
Rodné číslo:/..... (u cizinců č. pojistky, datum narození)	Razítko a podpis:
Příjmení, jméno:	
Pohlaví: MUŽ / ŽENA Urgentnost:	
Kód pojišťovny: Diagnóza:	Datum a čas odběru : (odebral):
Umístění pacienta:	

Druh primárního vzorku: srážlivá krev
Odběr ze žíly

Další údaje potřebné k vyhodnocení screeningu:

Datum narození		IDDM	ano	ne	nevím
Poslední menstruace		Počet předchozích gravidit			
Týden těhotenství		Počet porodů			
Gestační stáří - US		Předchozí AMC/CVS			
Váha		Počet plodů			
Rasa *		Kouření	ano	ne	občas

* vyplňte pouze v případě jiné rasy než bílé

POZNÁMKA: